

医師意見書（障害者控除対象者用）

対象者		生 年 月 日	年 月 日	性 別	男 ・ 女
住 所					

上記の対象者に対する意見は次のとおりです。

医療機関所在地

医療機関名

医師氏名

印

認知症・障害者・寝たきり高齢者に関する意見（該当する項目の左欄に○をつけてください。）

	<p>年 月 日現在、認知症であることを認める。</p> <p>認知症高齢者の日常生活自立度 ランク（ II III IV M ） （該当するランクに○をつけてください。）</p>
	<p>年 月 日現在、障害の程度は、身体障害者障害程度等級表（身体障害者福祉法施行規則（昭和25年厚生省令第25号別表第5号））に掲げる障害と同程度の障害に該当する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・視覚障害（級号） ・聴覚障害（級号） ・平衡機能障害（級号） ・音声機能、言語機能又はそしゃく機能障害（級号） ・心臓機能障害（級） ・肢体不自由【上肢（級号） 下肢（級号） 体幹（級号） 乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害（級）】 ・じん臓機能障害（級） ・呼吸器機能障害（級） ・小腸機能障害（級） ・ぼうこう又は直腸の機能障害（級） ・ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害（級） <p>（該当する障害の内容に○をつけ、該当する級等を記入してください。）</p>
	<p>年 月 日現在、6月程度以上寝たきり状態（※）であることを認める。 （ 年 月 日から寝たきり状態）</p> <p>※ 「寝たきり状態」とは、障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準において、ランクが「B」又は「C」の状態をいいます。</p>